

治療証明書(診断書)

ライフネット生命保険株式会社

1.	氏名 (カルテNo.)	性別	生年月日	年	月	日						
2.	傷病名等						傷病発生年月日					
ア.	傷病名		年	月	日	いずれかに○印をして下さい 医師推定 患者申告						
イ.	アの原因		年	月	日	医師推定 患者申告						
ウ.	合併症		年	月	日	医師推定 患者申告						
エ.	アの初診日	年	月	日	受診経路	一般外来 救急搬送 前医紹介						
	入院または手術が必要と判断された日	年	月	日	妊娠について	妊娠していない 妊娠中 妊娠判明日 年 月 日						
	傷病名告知	年	月	日	に、患者本人へ()と告げた							
3.	治療期間 入院期間 (注)	1回目	年	月	日	～	年	月	日	退院 転院 入院中		
		2回目	年	月	日	～	年	月	日	退院 転院 入院中		
		分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の非適用入院期間			年	月	日	～	年	月	日	
4.	手術 輸血 (注)	手術名		診療報酬点数手術区分番号	手術日							
				K -	年	月	日					
				K -	年	月	日					
5.	前医又は 紹介医は 医師	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名:		初診日	年		月	日頃			
6.	既往症 ・ 持病	悪性新生物	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名:		治療時期:						
		上記以外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名:								
7.	診断名等	病理組織診断名		大腸の場合:組織学的壁深達度		TNM分類						
				M	SM以深	T () N () M ()						
	診断確定日	年									月	日
	診断確定ま で に行われた 検査の概要	検査名		検査日	結果判明日		検査結果の概要					
		ア.病理組織学的検査		年	月	日	年	月	日			
		イ.細胞学的検査		年	月	日	年	月	日			
		ウ.内視鏡検査		年	月	日	年	月	日			
		エ. ()		年	月	日	年	月	日			
	悪性新生物 上皮内新生物 の 場合	薬剤名		公的医療保険制度適用								
		抗がん剤治療 (ホルモン療法)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
経口薬の処方期間		経口薬以外の投与日										
	年		月	日	～	年	月	日	① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / /			
放射線治療 (温熱療法を含む)	放射線または温熱療法の名称		診療報酬点数放射線区分番号		部位							
			M -									
	施行期間		施行日									
	年		月	日	～	年	月	日	① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / /			
	今後の治療予定		ア 手術 イ 抗がん剤 ウ 放射線 エ 経過観察 オ その他 ()									
8.	先進医療	技術名			技術料		円					
		治療の実施日			年		月	日	～	年	月	日 (実施回数 回)
9.	意思能力	給付金等を請求し、受取る行為の意味を理解できますか			理解できる 理解できない その他 ()							
上記のとおり証明します。						証明日		年	月	日		
病院または診療所の		所在地 名称 電話番号	医師氏名 _____						印			

注)入院・手術等、記載しきれない場合は、別紙にご記入ください。
※お願い 訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印ください。